

No. _____

仮眠室利用申込書

申請日： 年 月 日

利用日	年 月 日 (曜日)	番組会社名		提出事務所	国際放映 スタジオ事業センター
番組名		申請者		事務所担当者	

人数	所属会社名	利用者名	性別	利用予定時間	部屋番号 - ベッドNo.	宿泊係処理欄	料金請求先社名
1			男・女	: ~ :	-		
2			男・女	: ~ :	-		
3			男・女	: ~ :	-		
4			男・女	: ~ :	-		
5			男・女	: ~ :	-		
6			男・女	: ~ :	-		
7			男・女	: ~ :	-		
8			男・女	: ~ :	-		
9			男・女	: ~ :	-		
10			男・女	: ~ :	-		
11			男・女	: ~ :	-		
12			男・女	: ~ :	-		
13			男・女	: ~ :	-		
14			男・女	: ~ :	-		
15			男・女	: ~ :	-		
16			男・女	: ~ :	-		

<仮眠室は禁煙です>

管 理 者 名

(印)

- ※ 申込は、宿泊当日の17時迄にお願い致します。(日曜・祝祭日の場合は前日)
- ※ 仮眠時間は21時～翌日12時迄です。(318,319号室に宿泊の方はカードキーの返却をお願い致します)
- ※ 必ず指定された番号のベッドをご使用下さい。
- ※ キャンセルの場合は、事前に管理センターまでご連絡下さい。(連絡がない場合は、宿泊とみなします)
- ※ 仮眠室内外で、不審者を見かけたら直ちに管理センターへお知らせ下さい。

TMC管理センター
内線…280